



NOM et PRENOMS DE L'ENFANT :

Sexe féminin masculin Né(e) le : à

Groupe Scolaire : COMMUNE :

Classe Maternelle ou Élémentaire

N° d'assurance responsabilité civile (**obligatoire**) :

Coordonnées de la compagnie :

N° de sécurité social :

VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINATION ANTITUBERCULEUSE : BCG		TESTS TUBERCULINIQUES		ANTIPOLIOMYELITIQUE ANTIDIPHTERIQUE- ANTITETANIQUE ANTICOQUELUCHEUSE- ANTIHAEMOPHILUS ANTIHEPATITE B		ANTIROUGEOLEUSE ANTIRUBEOLIQUE- ANTIOURLIENNE AUTRES VACCINATIONS	
DATES	METHODE	DATES	TEST ET RESULTATS	FATE	VACCIN/DOSE/LOT	DATE	VACCIN/DOSE/LOT

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les cases) :

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

L'enfant a-t-il des allergies, si oui lesquelles (obligation d'un Projet d'Accueil Individualisé)

Nom du médecin traitant et adresse

Téléphone OBSERVATIONS (ex: contre indication médicale, régime alimentaire etc...)

N° ALLOCATAIRE CAF : ou MSA :

RENSEIGNEMENT SUR LES REPRESENTANTS LEGAUX

NOM et PRENOMS DU PERE :

Adresse :

Code Postal Ville

Téléphone Domicile : Portable : Email :

Profession Téléphone Professionnel :

Nom et adresse de l'employeur :

NOM et PRENOMS DE LA MERE :

NOM JEUNE FILLE :

Adresse :

Code Postal Ville

Téléphone Domicile : Portable : Email :

Profession Téléphone Professionnel :

Nom et adresse de l'employeur :

EN CAS DE SEPARATION :

Garde alternée : oui non

Si oui, merci de bien vouloir nous transmettre une copie du jugement de garde

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS :

Seuls les parents exerçant l'autorité parentale et les personnes dûment mandatées par eux peuvent retirer les enfants au plus tard à la fin de la période normale de fonctionnement des structures.

PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL. DOMICILE	TEL. TRAVAIL

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS				
NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL. DOMICILE	TEL. TRAVAIL

SEULES LES PERSONNES NOTEES SUR CETTE FICHE SERONT AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

PRE - INSCRIPTION AUX ACTIVITES PERI ET EXTRASCOLAIRES :

	ACCUEIL PERISCOLAIRE		RESTAURATION	ACCUEIL DE LOISIRS
	Matin	Soir		
LUNDI				
MARDI				
MERCREDI (et vacances scolaires pour l'Accueil de Loisirs)				
JEUDI				
VENDREDI				

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul des accueils : OUI NON

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise mon enfant

À être photographié(e) et/ou filmé(e) lors d'un reportage photos et/ou vidéos effectué pour les accueils péri et extrascolaires de Sainte Feyre lors des ateliers éducatifs.

À utiliser la diffusion de ces photographies et/ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions sur notre page **FACEBOOK**.

AUTORISATION DE SOIN :

Je soussigné (e)

Père, Mère, Tuteur, responsable légal de l'enfant

AUTORISE le responsable à donner les soins médicaux nécessaires et en cas d'urgence à appeler le médecin ou les pompiers, et **M'ENGAGE** à régler les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels.

Date.....
Signature précédée de la mention "Lu et approuvé" rédigée à la main

PARTIE RESERVEE A LA MAIRIE :

Montant du quotient familial :
Allocataire CAF Allocataire MSA
Régime Général Fonction publique
Autre régimes

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

OUI NON

Joindre un RIB ou un RIP

INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS
INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE OU APE
INSCRIPTION CANTINE